

Miejscowość, data

Dyrektor
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
im. Jana Mikulicza-Radeckiego
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dane osoby wnioskującej o wydanie dokumentacji:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu kontaktowego:

Dane pacjenta, którego dokumentacja dotyczy: (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest inna osoba niż pacjent)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wnioskuję o:

- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej
- wydanie kserokopii dokumentacji medycznej potwierdzonej za zgodność z oryginałem
- wydanie opisu i płyty CD z obrazem badania i opisem
- udostępnienie dokumentacji medycznej do wglądu

Rodzaj dokumentacji medycznej:

- nazwa oddziału / poradni / pracowni:
- okres leczenia:

Wnioskowaną dokumentację:

- odbiorę osobiście
- proszę wysłać na adres:
- odbierze osoba upoważniona:
 - imię i nazwisko:
 - numer dowodu osobistego:

Szpital wydaje dokumentację medyczną pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849). Jeżeli dokumentację odbiera inna osoba niż pacjent, to powinna ona przedłożyć pisemne upoważnienie napisane przez pacjenta, które pozostanie w szpitalu.

Za przygotowanie kopii dokumentacji medycznej w wersji papierowej i elektronicznej Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu pobiera opłatę zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

Przygotowana dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 180 dni. Po tym terminie kserokopia dokumentacji zostanie przekazana do brakowania, co wiąże się z ponownym złożeniem wniosku w kancelarii.

.....
data i podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE

- W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie zgodnie z art. 28 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór wnioskowanej dokumentacji.

.....
data i podpis osoby odbierającej dokumentację

Tożsamość osoby odbierającej potwierdzona na podstawie:

.....
(rodzaj i numer dokumentu)

Dokumentacja medyczna przed wydaniem została zweryfikowana przez

(imię i nazwisko)